

**MODULO DI DOMANDA**

**Oggetto: disponibilità incarico di sostituzione di Medicina Specialistica Ambulatoriale - art. 36 dell'ACN 31.03.2020 (comunicazione disponibilità entro il 02.04.2024)**

\_l\_ sottoscritt\_ Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ recapito postale in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di dare la **disponibilità all'incarico di sostituzione** (art. 36 dell'ACN 31.03.2020), nella **branca di Ostetricia e Ginecologia**, con esecuzione di **ecografie ginecologiche e ostetriche**, per **n. 13,5 ore settimanali, ambulatoriali, anche frazionato, da svolgersi presso il Poliambulatorio di Sanluri, della ASL Medio Campidano**, con decorrenza dal 04.04.2024 al 26.04.2024 e comunque fino al rientro del titolare assente, nei seguenti giorni e orari, indicando nell'ambito degli stessi, la propria disponibilità oraria:

GIORNI	MATTINA	Disponibilità n° ore	POMERIGGIO	Disponibilità n° ore	NOTE
LUNEDI'					esecuzione di ecografie ginecologiche e ostetriche
MARTEDI'					
MERCOLEDI'					
GIOVEDI'	08.30-13.30		14.00-17.30		
VENERDI'	08.30-13.30				

- Di prendere atto che l'incarico di sostituzione sarà regolamentato dall'ACN 31.03.2020 e che la sostituzione ha durata pari all'assenza del titolare, cessa di diritto e con effetto immediato al rientro del titolare stesso;
- Di non essere in posizione di incompatibilità ai sensi dell'ACN 31.03.2020;
- Di risolvere eventuali cause di incompatibilità all'atto dell'assegnazione dell'incarico;
- Di essere iscritto/a nella graduatoria definitiva 2024, per la specialistica ambulatoriale, nell'ambito del Comitato Consultivo Zonale di Cagliari, nella branca di \_\_\_\_\_;
- Di essere iscritto all'Albo dei Medici e Chirurghi di \_\_\_\_\_ e di non essere sospeso dall'Albo stesso;
- Di essere titolare di incarico di Medicina Specialistica Ambulatoriale, presso la ASL Medio Campidano, con numero di ore complessive (compresi altri incarichi di specialistica ambulatoriale presso altre ASL) pari a n° \_\_\_\_\_ ore settimanali – Anzianità di servizio dal \_\_\_\_\_ Delibera n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_;

Data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_